UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936 — N° 67

Contribution à l'Etude clinique et radiologique du Volvulus chronique de l'Estomac

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Novembre 1936

PAR

Hélène CHAUMERLIAC-WALTZ

MEMBRES DU JURY

MM. SOREL (E.)	*Président.*	
LAPORTE		*Assesseurs.*
SOREL (R.)		
BUGNARD		
BOULARAN	*Suppléant.*	

TOULOUSE
IMPRIMERIE BERTHOUMIEU
41, RUE RIQUET, 41

1936

Contribution à l'Etude clinique et radiologique

du

Volvulus chronique de l'Estomac

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936 — N° 67

Contribution à l'Etude clinique et radiologique du Volvulus chronique de l'Estomac

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Novembre 1936

PAR

Hélène CHAUMERLIAC-WALTZ

Membres du Jury	MM. SOREL (E.)	*Président.*
	LAPORTE, SOREL (R.), BUGNARD	*Assesseurs.*
	BOULARAN	*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE BERTHOUMIEU
41, Rue Riquet, 41

1936

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	BARDIER.
ASSESSEUR		DAMBRIN.
DOYEN HONORAIRE		ABELOUS.
PROFESSEURS HONORAIRES		MOSSE.
		SAINT-ANGE.
		BEZY.
		MARIE.
		MOREL.
		TAPIE.
		AUDEBERT.
		ESCAT.

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	VALLOIS.
Histologie et Embryologie		ARGAUD.
Anatomie pathologique		TAPIE (J.).
Pathologie générale et expérimentale		BARDIER.
Bactériologie		RISPAL.
Pathologie interne		SERR.
Hygiène et Médecine préventive	MM.	LAFFORGUE.
Médecine légale		SOREL (E.).
Clinique médicale		DALOUS.
		LAPORTE.
Clinique chirurgicale et gynécologie		MERIEL.
Clinique chirurgicale		DAMBRIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		CAUBET.
Clinique médicale infantile et puériculture	Mlle	CONDAT.
Clinique de neurologie et psychiatrie	MM.	RISER.
Clinique ophtalmologique		GORSE.
Physique biologique et médicale		ESCANDE.
Chimie et Toxicologie		MOOG.
Pharmacie		RIBAUT.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROQUES.
Botanique et Matière médicale		MAURIN.
Clinique obstétricale		GARIPUY.
Physiologie		SOULA.
Clinique du cancer		DUCUING.
Clinique des Voies urinaires		MIGINIAC.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie topographique	MM.	DIEULAFE.
Chimie		VALDIGUIE.
Anatomie		CLERMONT
Histoire naturelle pharmaceutique		MARTIN-SANS.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques (Agrégé libre)		NANTA.
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie		BRUSTIER.

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM.	GARIPUY.
Chimie pathologique		VALDIGUIE.
Pharmacologie		SOULA.
Chimie minérale		VALDIGUIE.
Cryptogamie		MARTIN-SANS.
Zoologie		VALLOIS.
Stomatologie		CADENAT.
Physique Pharmaceutique		BUGNARD.
Chimie organique		BRUSTIER.
Dermatologie et Syphiligraphie		CHATELLIER.
Législation pharmaceutique		MAURIN.
Botanique		MARTIN-SANS.
Parasitologie		N..
Otorhinolaryngologie		CALVET.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Histologie	MM.	CALVET.
Physiologie		DELAS.
		SENDRAIL.
Médecine		SOREL (Raymond).
		MOREL L.
		ANDRIEU.
		MERIEL P.
Chirurgie		LEFEBVRE.
		BOULARAN.
		FABRE P.
Obstétrique		GUILHEM.
Pharmacie		FLORENCE.
Physique médicale		BUGNARD.
Secrétaire de la Faculté		RENARD.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en date du 12 mai 1891)

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. SOREL

Professeur de Médecine Légale
à la Faculté de Médecine de Toulouse,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

A MON JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPORTE

Professeur de Clinique Médicale,
Médecin en Chef honoraire des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. SOREL

Professeur Agrégé à la Faculté.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUGNARD

Professeur Agrégé à la Faculté.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOULARAN

Professeur Agrégé à la Faculté,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR

JOSEPH CASTAIGNE

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Directeur de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de collaborer avec lui.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos sentiments de vive et respectueuse admiration.

A TOUS MES MAITRES

INTRODUCTION

I. Définition du volvulus de l'estomac.

Le volvulus de l'estomac consiste en une torsion plus ou moins complète de cet organe. Ce mouvement anormal peut se produire autour de deux axes principaux : l'axe cardio-pylorique ou axe longitudinal, et l'axe transversal situé à une hauteur variable de l'organe (on peut donc en compter une infinité).

Il existe deux types principaux de volvulus gastrique : le volvulus aigu, le volvulus chronique.

L'iléus gastrique aigu s'accompagne toujours de l'occlusion plus ou moins serrée d'un ou des deux orifices du viscère.

Il peut également consister en une striction médio-gastrique.

Les signes généraux qui caractérisent ce phé-

nomène sont immédiatement impressionnants, ils exigent la laparotomie urgente.

Cette forme clinique ne retiendra d'ailleurs pas longtemps notre attention dans ce travail.

II. Historique.

La découverte du volvulus de l'estomac est d'origine récente.

Son étude est d'ailleurs encore loin d'être précisée.

Tuffier et Jeanne, Payer, Hedlund, ont fait, il y a déjà quelques années des études très complètes et très précises sur le volvulus gastrique aigu ou subaigu.

On peut distinguer deux périodes dans l'histoire du volvulus gastrique :

La première période est une période chirurgicale essentiellement caractérisée par la découverte du volvulus gastrique aigu après laparotomie d'urgence.

La deuxième période est une période radiologique, où l'examen à l'écran décèle et individualise le volvulus chronique de l'estomac.

Les premiers cas de volvulus gastriques décrits et rapportés sont des volvulus gastriques aigus.

Lenormant en cite vingt-trois exemples dans son

article de la *Presse Médicale* de 1912 et SUTTER en compte cinquante-huit cas publiés, en 1929. Actuellement, sauf erreur, il en existe dans la littérature cent seize cas.

Le nombre des iléus gastriques aigus est relativement restreint en comparaison de celui des volvulus de l'intestin grêle, du cæcum ou de l'S iliaque.

En réalité, c'est un accident beaucoup plus rare et de diagnostic beaucoup plus délicat encore.

En dépit des progrès réalisés chaque année vers l'obtention d'un diagnostic précis, il est difficile, avant la laparotomie, de poser avec une certitude absolue la nature exacte de l'affection : on se trouve avant tout en présence d'un syndrome abdominal aigu, à localisation généralement haute. Cette imprécision est d'ailleurs une raison de plus pour justifier la laparotomie immédiate que l'on doit pratiquer dans ces circonstances.

Le diagnostic du volvulus gastrique aigu est donc essentiellement un diagnostic opératoire.

La découverte du volvulus gastrique chronique latent, ou du volvulus subaigu à marche intermittente, caractérise la seconde période de l'histoire du volvulus de l'estomac, ou période radiologique.

La première observation de volvulus chronique de l'estomac est due à VON FRIEDRICH en 1926.

A l'heure actuelle, la littérature doit en compter une petite vingtaine de cas.

Le volvulus chronique de l'estomac fut ignoré

tant que la radiologie n'apporta pas encore son aide absolument indispensable à la pathologie gastrique.

Seuls les symptômes impressionnants de l'iléus aigu semblent devoir être rendus responsables de la différence sensible de fréquence qui existe entre les deux formes cliniques principales.

Le diagnostic du volvulus chronique latent ou intermittent de l'estomac est un diagnostic purement radiologique.

Il n'est pas plus aisé à faire que celui de l'iléus aigu.

La symptomatologie très imprécise du volvulus gastrique aigu ou chronique, affection encore rare de la pathologie digestive, explique le petit nombre des cas connus.

Les progrès que fait chaque année la gastro-entérologie en feront connaître certainement de nouveaux exemples.

III. Intérêt du diagnostic du volvulus chronique de l'estomac.

L'iléus chronique de l'estomac est fort bien toléré en général par les malades dont certains ne présentent même pas le moindre vomissement.

Cependant un fait milite en la faveur de la nécessité de son diagnostic :

La gravité des accidents aigus du volvulus gastrique qui rend l'intervention obligatoire délicate, et exige son extrême précocité.

Le volvulus aigu, s'il n'est pas secondaire à un choc épigastrique, à un effort violent, l'estomac étant en état de réplétion, à des déplacements permanents d'organes voisins, à des tumeurs ou des brides inflammatoires, présente alors une étiologie qui semble au premier abord fort obscure.

Cependant, en fouillant le passé de ces cas « idiopathiques », il est fréquent de relever des antécédents digestifs, assez imprécis d'ailleurs.

D'autre part, si l'on étudie l'évolution des volvulus intestinaux, il n'est pas rare de remarquer que l'accident aigu est l'aboutissant d'une longue histoire clinique à symptomatologie intestinale vague, parfois entrecoupée d'accidents subaigus, dont on n'a pas pu toujours préciser la nature.

Il est permis de penser qu'une conclusion analogue puisse devenir l'apanage d'un volvulus chronique de l'estomac.

La gravité de l'iléus gastrique aigu paraît donc un argument assez impressionnant pour justifier l'intérêt du diagnostic du volvulus gastrique chronique.

Il est également très intéressant, grâce au diagnostic radiologique, de préciser la cause du syndrome digestif pour lequel les malades viennent vous consulter, syndrome digestif qui peut parfois simuler grossièrement celui de l'ulcère ou du néoplasme gastrique.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Les deux observations suivantes nous ont amenés à reprendre l'étude du volvulus chronique de l'estomac.

Nous avons eu l'occasion d'examiner cette année ces deux sujets en collaboration avec le Professeur J. CASTAIGNE et le Docteur Jean CHAUMERLIAC, qui vont publier ces cas avec nous-même dans la *Presse Médicale.*

OBSERVATION I

Premier examen clinique.

Mme F..., âgée de 49 ans, habitant une petite ville des environs de Clermont-Ferrand, vient nous consulter pour des douleurs gastriques extrêmement violentes.

La malade est de petite taille, et dit avoir eu une croissance passablement retardée. Réglée à 16 ans seulement, elle se mit, à partir de cet âge, à grandir rapidement. Sa ménopause est survenue à 42 ans.

Elle présenta à de multiples reprises des crises douloureuses à localisation épigastrique.

La première remonte à l'époque de la naissance de son unique enfant et s'est produite environ un mois après cet événement. S'accompagnant de vomissements de glaires, la douleur a duré une heure, a commencé et fini brusquement. Trois crises du même type eurent lieu la semaine qui suivit.

Cette première alerte date d'il y a 25 ans, c'est-à-dire de 1911.

En 1914-15, les douleurs affectent dans leur apparition une certaine périodicité, survenant régulièrement pendant une dizaine de jours consécutifs, sans jour de répit.

Elles débutent à 11 heures et à 16 heures avec ce caractère de brusquerie que nous avons déjà noté. Leur durée est très imprécise dans la mémoire de la malade.

En 1924-25, les phénomènes douloureux, toujours identiques aux premiers ressentis, se produisent durant l'espace d'une seule nuit.

En 1926, la malade a cette fois une crise plus violente :

« Les douleurs étaient atroces », dit-elle, bien localisées au creux épigastrique. Elles commencèrent brutalement et ne durèrent qu'une seule journée.

Mais, huit jours après, le syndrome douloureux reprit de plus belle et se prolongea pendant 24 heures.

En 1933, M^me^ F..., fait une saison à Vichy. Son médecin lui constata notamment du clapotement gastrique à jeun.

Pendant cette période de calme, elle ne présente aucun symptôme bien marquant, tout au plus de la pesanteur gastrique postprandiale parfois. Son appétit est bon.

Depuis la crise de 1926 jusqu'au mois d'octobre 1935

où cette malade est venue nous consulter, elle accuse un amaigrissement notable dont elle ne peut d'ailleurs préciser l'intensité.

Un symptôme important chez elle est la constipation opiniâtre qu'elle présente depuis l'âge de 20 ans.

Trois semaines environ avant notre examen, Mme F... a ressenti brusquement des douleurs très vives, en broche, en vrille, au niveau de la région épigastrique.

Ces phénomènes extrêmement pénibles ont persisté toute la journée, forçant la malade à s'aliter. Depuis, elle souffre tous les jours sans jour de répit; la douleur débute brusquement à 11 heures régulièrement, s'atténue après le repas de midi, et reprend vers 16 ou 17 heures. L'ingestion d'aliment apporte un peu de soulagement à la malade qui, dit-elle, souffrait jusqu'au lendemain lorsqu'elle ne prenait aucune nourriture.

Ces crises douloureuses s'accompagnent de quelques vomissements de glaires insignifiants. L'état général est peu touché.

Malgré une certaine apparence de périodicité, l'existence de crises douloureuses isolées durant 12 heures consécutives avec cédation immédiate des phénomènes pathologiques, nous a empêché de poser le diagnostic d'ulcus gastro-duodénal. Pour compléter notre investigation, nous avons pratiqué un examen radiologique de l'estomac.

Compte rendu du premier examen radiologique.

A jeun, on ne note pas de liquide au niveau de la cavité gastrique. On aperçoit une volumineuse poche à air.

La bouillie barytée traverse facilement l'œsophage, et s'accumule assez rapidement dans la partie supérieure de l'estomac. De là, elle descend lentement dans

une poche inférieure. L'estomac présente alors un aspect de biloculation. Le segment médian qui unit les deux cavités est à peu près horizontal, croisant la colonne vertébrale, et relie les deux parties à la manière d'une « marche d'escalier », suivant l'expression de Köhn.

La poche inférieure est située nettement à droite de la colonne lombaire.

Le tiers inférieur de l'estomac et la partie mobile du duodenum ont exécuté une rotation de 180° à peu près. L'antre pylorique en particulier semble avoir tourné sur lui-même. La torsion s'amorce au niveau de la région médiogastrique : elle s'indique par la direction croisée des plis de la muqueuse qui sont nettement visibles. Elle se complète au niveau de l'antre. L'estomac est véritablement tordu en spirale autour de son axe cardio-pylorique.

On ne peut mettre en évidence de lésions pariétales au niveau des faces ou des courbures.

Des radiographies en série de la région antro-pyloro-duodénale précisent la position anormale de l'antre pylorique et du bulbe duodénal.

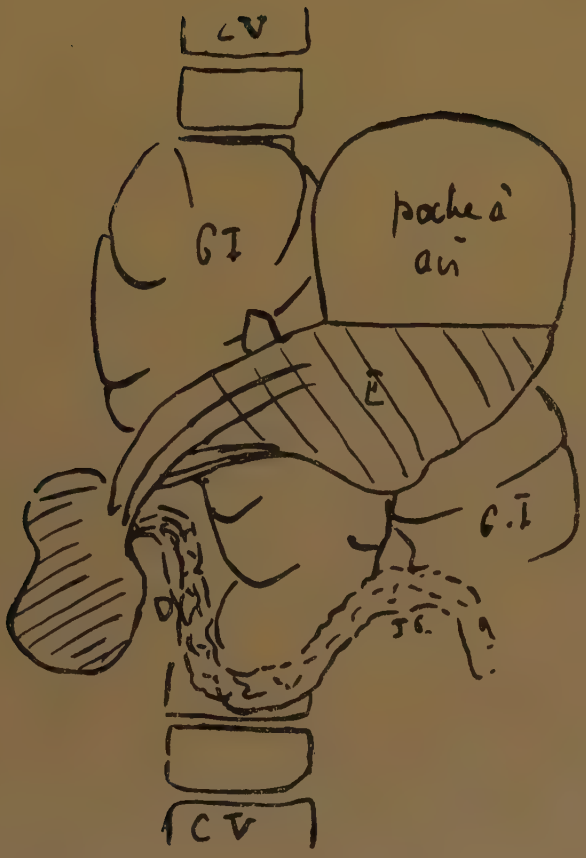
Les contractions péristaltiques naissent assez rapidement au niveau de la poche inférieure de l'estomac. Elles chassent la bouillie vers le bulbe duodénal dont l'axe est dirigé de bas en haut et de droite à gauche.

Le transit de la bouillie barytée ne semble pas gêné. Il est à peine ralenti.

On note une énorme aérocôlie sous la coupole diaphragmatique. Le côlon transverse distendu par les gaz semble prendre le milieu de l'estomac en écharpe.

Il est assez difficile d'ailleurs de préciser si l'on a affaire à l'angle hépatique, à l'angle splénique ou à l'une des boucles d'un dolichocôlon. Un lavement baryté auquel la malade ne voulut pas se soumettre

Fig. 1. — Volvulus double de l'estomac.
(Cliché personnel.)



SCHEMA I

Noter : 1° La double torsion de l'estomac; 2° la direction croisée des plis de la muqueuse dans la région médiogastrique; 3° la position anormale du côlon (ascendant ou transverse ?) distendu par les gaz intestinaux; 4° le cadre duodénal est visible dans toute son étendue.

eût été nécessaire pour apprécier à sa juste valeur le rôle du côlon dans ce volvulus de l'estomac.

Cinq heures après l'ingestion de bouillie, une toute petite quantité de baryte persiste encore dans la cavité inférieure de l'estomac.

Cette dernière forme avec le cæcum et les dernières anses grêles une image assez confuse.

Nous concluons à un volvulus chronique de l'estomac.

La malade est soumise à un traitement médical visant à réduire avant tout la stase intestinale et l'aérocôlie.

Second examen clinique.

Après cinq mois de cette thérapeutique, Mme F... revient nous consulter, et affirme être très améliorée. Le clapotement gastrique à jeun (?) qu'elle remarquait parfois, aurait disparu et la constipation est réduite. Deux ou trois jours après avoir commencé le traitement, la malade a fait, nous dit-elle, « des vases entiers de selles particulièrement fétides ». Ce fait est évidemment en faveur d'un dolichocôlon.

Après cette exonération importante, elle s'est sentie extrêmement soulagée.

Mme F... se plaint seulement de crampes journalières vers 17 ou 18 heures, au creux épigastrique, peu violentes d'ailleurs, accompagnées d'une sensation de froid dans les membres inférieurs et d'une envie violente d'uriner.

En résumé, ses troubles fonctionnels semblent d'après elle, diminués nettement.

Nous pratiquons un deuxième examen radiographique, désireux de constater si l'amélioration fonctionnelle correspond ou non à une détorsion gastrique.

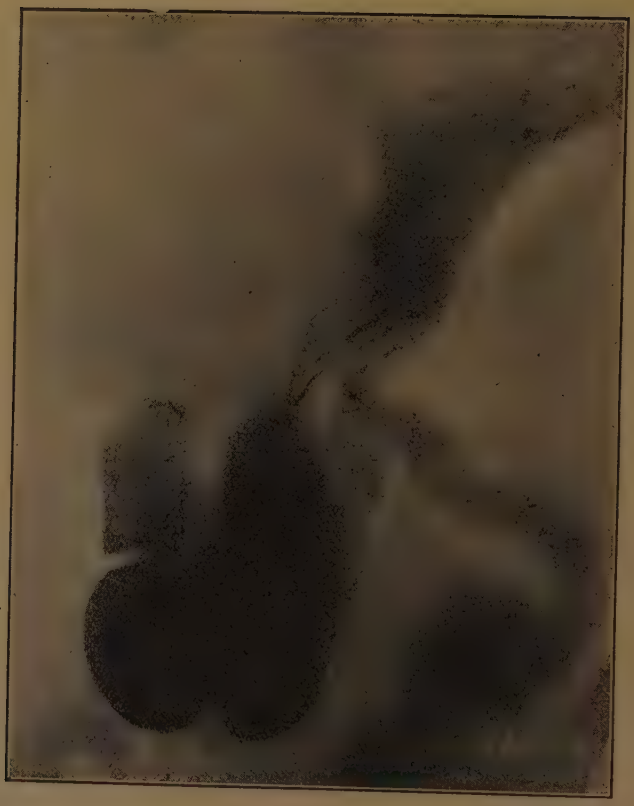


Fig. 2. — *Volvulus partiel médiogastrique de l'estomac.*
(Cliché personnel.)

SCHEMA II

Noter : 1° La constance de la torsion médiogastrique; 2° la constance de la malposition du côlon distendu par les gaz intestinaux; 3° le retour à la position normale de l'antre prépylorique et du bulbe duodénal; 4° la ptose du bas-fond gastrique.

3

5

4

6

Fig. 3 et 4. — Anormale position de l'antre prépylorique et du bulbe duodénal au moment du volvulus double.

Fig. 5 et 6. — Retour à la position normale du bulbe duodénal et de l'antre prépylorique au cours du deuxième examen radiographique.

(Clichés personnels.)

III

V

IV

VI

SCHEMA III et IV

Noter l'anormale position du bulbe et l'enroulement de l'antre.

SCHEMA V et VI

Noter la position normale du bulbe et le déroulement de l'antre.

Compte rendu du deuxième examen radiologique.

Nous notons, ainsi qu'au premier examen, une légère torsion médiogastrique que la direction croisée des plis de la muqueuse met en évidence.

Le segment médiogastrique est devenu plus court et plus oblique, il ne croise plus la colonne vertébrale.

La cavité gastrique inférieure se projette devant la colonne lombaire et non plus à sa droite. Son bas-fond est situé à un travers de main au-dessous du niveau des crêtes iliaques.

Les contractions péristaltiques naissent toujours au niveau de la poche inférieure. Leur intensité, leur fréquence et leur efficacité sont normales.

Le bulbe duodénal participe à la ptose du bas-fond gastrique. Ses bords sont régulièrement convexes. Ses dimensions semblent exagérées. Il a retrouvé une situation sensiblement normale.

L'antre pylorique est bien étalé, non plus enroulé sur lui-même.

Mais il existe toujours une aérocôlie importante sous la coupole diaphragmatique.

Cinq heures après, il reste dans la cavité gastrique inférieure une toute petite quantité de bouillie barytée.

La tête de la bouillie atteint le cæco ascendant et de multiples boucles gazeuses lui font suite.

En dépit de l'absence du lavement baryté, que nous aurions aimé pratiquer, nous inclinons vers l'hypothèse de l'existence d'un dolichocôlon.

La cédation partielle du phénomène de torsion et l'amélioration concomittante des signes fonctionnels ont permis de préciser notre diagnostic de volvulus chronique de l'estomac. *Cet ensemble de faits nous autorisent à nous arrêter au diagnostic plus complet de volvulus intermittent douloureux, sur l'axe cardio-pylorique de l'estomac.*

OBSERVATION II

Premier examen clinique.

M. Verd..., âgé de 67 ans, d'un petit bourg de la montagne, vient nous consulter au mois de mars 1936.

Il souffre de l'estomac depuis deux ou trois ans environ. Il sait d'ailleurs assez mal caractériser les phénomènes douloureux qu'il ressent. C'est un paysan illettré et nous n'obtenons de lui que des renseignements assez imprécis.

La douleur dont il se plaint, consisterait d'après lui plutôt en une pesanteur au creux épigastrique, assez bien localisée, s'accompagnant lors de sa production d'une pénible sensation d'étouffement. La durée de ce malaise est extrêmement variable, se prolonge parfois toute une journée et toute une nuit.

Depuis un an environ, le malade en souffre très violemment et tous les jours.

Ses forces ont diminué, il a maigri de quelques kilogrammes (?), il est pâle, un peu dyspnéique. Mais son appétit est bien conservé.

Cette gêne épigastrique qu'il éprouve si fréquemment est le plus souvent post-prandiale.

Il a également après les repas des renvois gazeux abondants.

Il accuse du ballonnement du ventre et une certaine tendance à la constipation.

Tout effort lui est pénible, et il est obligé d'abandonner en partie ses durs travaux des champs.

De plus, après avoir monté une côte, un escalier, il accuse une dyspnée notable.

Etant donné l'âge du malade et ce tableau clinique un peu imprécis, nous jugeons préférable de compléter notre examen par une radioscopie du cœur et de l'estomac.

Compte rendu du premier examen radiologique.

A l'écran, nous constatons un gros cœur couché sur le diaphragme, se rapprochant du type « cor bovis » et une aorte un peu opaque.

A jeun, l'estomac ne présente pas de liquide résiduel visible.

On note une poche à air, très volumineuse.

Nous faisons ingérer de la bouillie barytée au malade.

L'estomac paraît, dans son ensemble, petit, rétracté, très haut situé, nettement à gauche de la colonne vertébrale.

Tout le cadre duodénal est visible.

Sur la radiographie (fig. 7) on aperçoit clairement deux poches à air et de niveaux liquides. La poche antérieure est beaucoup moins importante: l'estomac paraît plié en besace sur un axe transversal. La moitié basse antro-pylorique s'est placée en avant du corps de l'estomac, l'antre est devenu ainsi sous-diaphragmatique gauche.

Le pylore est situé à gauche également de la colonne vertébrale.

Le bulbe duodénal semble avoir pris une direction antéro-postérieure.

Les deuxième et troisième portions duodénales sont en prolongement l'une de l'autre et sont entraînées et

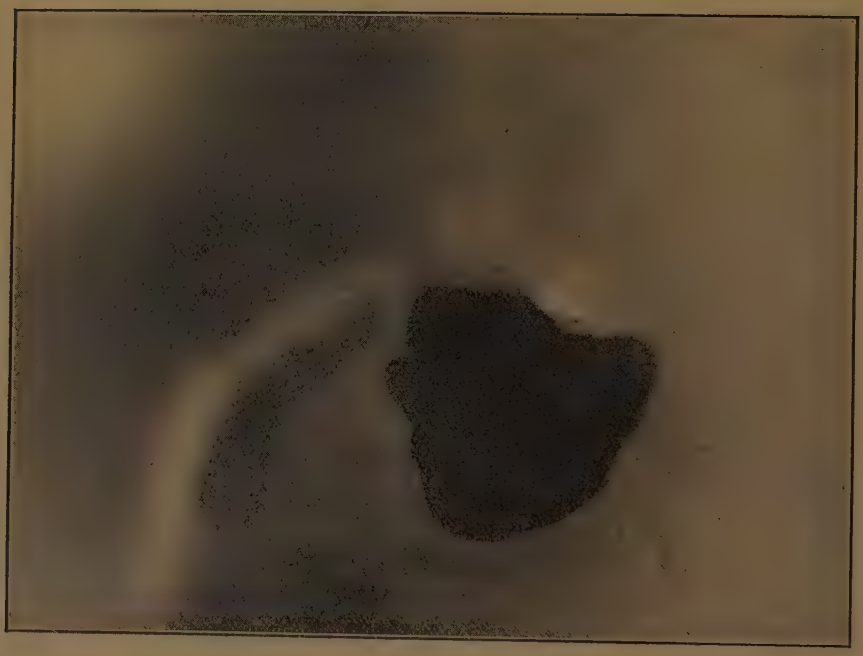


Fig. 7. — Volvulus gastrique sur l'axe transversal.

(Cliché personnel.)

SCHEMA VII

Noter : 1° Les deux poches à air et les deux niveaux liquides; 2° la situation anormale du côlon distendu par les gaz; 3° le cadre duodénal est visible en entier : les deuxième et troisième portions sont en prolongement l'une de l'autre.

surmontées par une partie du côlon transverse distendu par les gaz. L'autre segment côlique redescend le long de la colonne vertébrale, entre celle-ci et l'estomac.

Un lavement baryté n'ayant pas été fait, nous ne pouvons préciser la participation exacte du cadre côlique à ce phénomène de torsion.

Le transit baryté n'est en rien modifié.

Cinq heures après l'estomac est complètement évacué. La tête de la bouillie est dans le cæco ascendant.

Nous prescrivons à notre malade un traitement médical dirigé contre la constipation et l'insuffisance cardiaque, complété par une cure de repos.

Trois semaines après, il revient, accusant une amélioration manifeste, respirant beaucoup plus aisément et ne souffrant presque plus de l'estomac.

Désireux de constater l'amélioration radiologique possible concomittante, nous pratiquons à nouveau un examen radiologique.

Le malade n'étant pas à jeun, nous nous contentons provisoirement d'une simple radioscopie après ingestion de bouillie barytée : L'estomac semble détordu.

Trois semaines plus tard, le malade revient à jeun, et nous procédons cette fois à un examen radiographique complet.

Compte rendu du deuxième examen radiographique.

On note avant toute ingestion de bouillie opaque, une énorme poche à air, venant bomber sous la coupole diaphragmatique qui semble légèrement amincie.

Le malade prend 250 cc. environ de bouillie barytée. L'estomac se remplit assez rapidement et apparaît

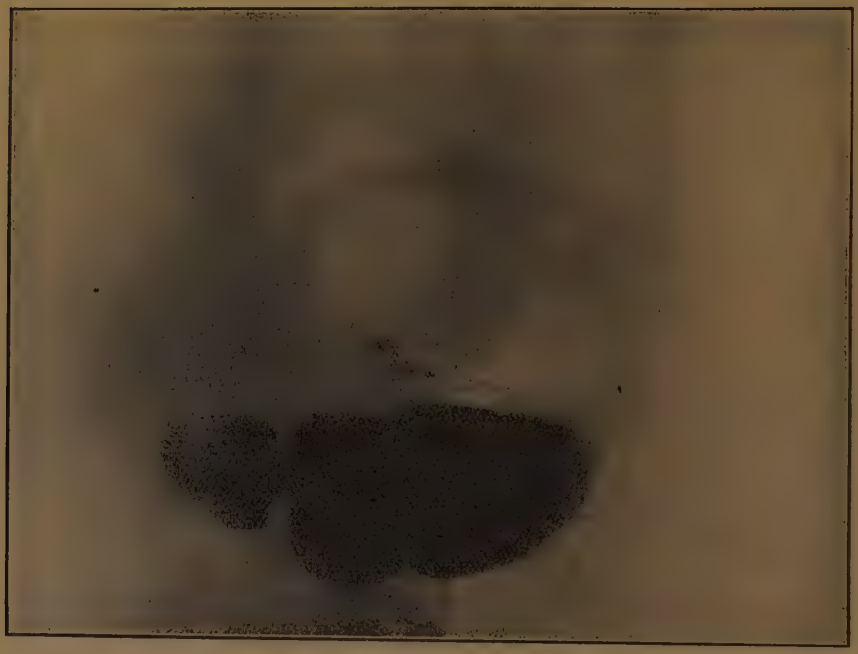
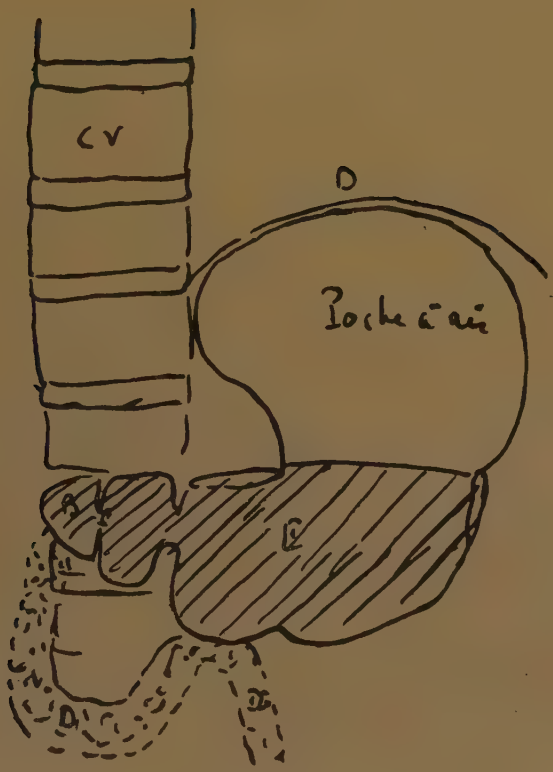


Fig. 8. — Estomac redevenu à sa forme habituelle.
(Cliché personnel.)



SCHEMA VIII

L'estomac a repris une position sensiblement normale. — Noter: 1° L'énorme poche à air; 2° la situation haute de l'estomac; 3° le cadre duodénal est visible en entier, il a repris un aspect normal : il affecte le type en U.

bientôt petit, haut situé, sa partie antro-pylorique vient normalement s'étaler devant le rachis.

On ne note pas de déformation suspecte des faces ou des courbures, quelle que soit l'incidence sous laquelle on examine le malade.

Les contractions péristaltiques sont d'intensité, de fréquence et d'efficacité normales.

Le bulbe duodénal n'est pas facilement repérable.

Le duodénum semble de dimensions habituelles. L'estomac étant haut situé, il apparait à peu près dans sa totalité, et semble affecter le type en U.

Toute aérocôlie semble avoir disparu.

Cinq heures après l'estomac est vide de son contenu baryté. La tête de la bouillie est dans le cæco ascendant. On ne note rien d'anormal à ce niveau.

Conclusion :

Nous portons dès lors le diagnostic de volvulus intermittent douloureux de l'estomac par aérocôlie et probablement défaut d'accolement du mésocôlon transverse au mésoduodénum.

Ce volvulus affecte le type de l'iléus en besace sur un axe transversal de l'estomac.

SYNTHÈSE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE DU VOLVULUS CHRONIQUE DE L'ESTOMAC

L'étude suivante est basée sur la lecture des observations de volvulus chronique antérieurement publiées, complétées par nos observations personnelles.

I. Les signes cliniques du volvulus chronique de l'estomac.

La symptomatologie du volvulus chronique de l'estomac est essentiellement imprécise.

1° Les signes fonctionnels.

Le symptôme prédominant est *la douleur gastrique.*

Son siège est avant tout épigastrique, assez bien localisé.

La douleur revêt différents types : elle peut aller de la simple douleur en « éclair » jusqu'à la douleur « en broche ».

Elle peut affecter le type « en ceinture », « en crampe », « en vrille ».

Elle peut simplement consister en une pesanteur.

En somme, elle peut emprunter tous les modes habituels de la douleur gastrique.

Elle peut revêtir une certaine périodicité, et dans ce cas, le diagnostic différentiel doit évidemment se poser avec l'ulcus gastro-duodénal.

Mais la durée de la crise douloureuse est trop variable.

Cette apparente périodicité ne doit pas être confondue avec l'apparition cyclique et régulière du syndrome ulcéreux gastro-duodénal.

Les *vomissements*, inconstants, ne constituent pas un symptôme de première valeur.

Ils sont plus particulièrement l'apanage du volvulus intermittent douloureux, bien que leur présence puisse faire défaut même au cours de cette dernière forme clinique.

Il peut exister *du clapotement gastrique à jeun.*

Les signes fonctionnels secondaires sont des symptômes intestinaux.

Une *distension côlique douloureuse* a été signalée depuis plusieurs années et la plupart des auteurs s'accordent pour lui attribuer une grande importance.

Lebon, Loubeyre et Blondeau, d'Alger, ont été les premiers à signaler la coexistence possible d'une

constipation opiniâtre, révélatrice dans leur observation et une des nôtres de la présence d'un dolichocôlon. Elle peut exister également à un moindre degré comme au cours de notre deuxième observation.

Ce symptôme très commun par lui-même ne permet pas d'en faire un signe de première valeur.

2° Les signes généraux.

Ils sont la plupart du temps à peu près nuls.

L'appétit est, en général, bien conservé. Mais il existe souvent, chez ces malades atteints de volvulus chronique de l'estomac, *un amaigrissement notable.*

3° Les formes cliniques.

A) *Le volvulus chronique latent.* — Son nom seul indique précisément l'absence de caractéristiques cliniques.

Sa symptomatologie consiste principalement en douleur gastrique vague, en pesanteur post-prandiale, souvent accompagnée de clapotement gastrique à jeun, et d'une constipation plus ou moins tenace.

B) *Le volvulus intermittent douloureux.* — Le volvulus intermittent douloureux de l'estomac, forme récemment isolée, semblerait d'après certains auteurs, se caractériser plus particulièrement par

des petites crises subocclusives successives, avec une douleur aiguë épigastrique concomittante, et des vomissements glaireux ou même alimentaires. Ce syndrome ne semble d'ailleurs pas constant et il n'est pas à proprement parler pathognomonique.

Ces crises subaiguës alternent avec des périodes de rémission plus ou moins complètes.

Les malades feraient, en somme, au cours de cette affection des « attaques de volvulus » (Payer).

4° Le diagnostic clinique.

Il est pratiquement impossible.

En résumé, c'est avant tout un syndrome douloureux épigastrique ou parfois même abdominal qui attire l'attention du clinicien.

Devant l'imprécision des symptômes accusés par le malade, la nullité des résultats de l'examen clinique et la diversité des diagnostics différentiels qui se posent, on est amené à pratiquer un examen radiologique du tube digestif et plus particulièrement de l'estomac.

Les différents cas de volvulus latents chroniques ou intermittents douloureux semblent bien avoir été découverts au cours d'un examen radiologique pratiqué plus dans le but d'une recherche que d'une confirmation du diagnostic.

II. Les signes radiologiques du volvulus chronique de l'estomac.

1° Les volvulus de l'estomac sur l'axe cardio-pylorique.

Suivant l'intensité du volvulus, on aperçoit à l'écran des aspects très différents de l'estomac.

Certains auteurs rangent dans la catégorie des volvulus chroniques de l'estomac les déformations de l'organe que produit une simple mais importante aérocôlie sans déplacement permanent du côlon. C'est ainsi que l'on observe assez fréquemment l'estomac « en coupe à champagne » avec une ou deux poches gazeuses et toujours deux niveaux liquides.

On rencontre également l'estomac biloculaire par aérocôlie ou « estomac en cascade ».

Nous ne nous attarderons pas à décrire ces formes qui sont bien connues et qui ne sont pas à proprement parler des volvulus.

A) *Le premier degré de volvulus gastrique sur l'axe cardio-pylorique.*

C'est le classique estomac obscène de Mathieu.

Au cours de volvulus, la grande courbure se retourne sur la petite courbure en la cachant.

L'estomac est sensiblement rétréci en son mi-

lieu, le grand cul-de-sac apparaît dilaté par comparaison avec le reste de l'organe.

Le corps de l'estomac constitue un cylindre, et la zone pyloro-bulbaire est orientée obliquement en bas et à droite. Cet ensemble simule grossièrement les parties génitales de l'homme.

Le côlon transverse surmonte plus ou moins l'estomac dont il a entraîné la grande courbure au cours de son ascension.

L'estomac obscène de MATHIEU est un volvulus partiel.

B) *Le volvulus de l'estomac proprement dit.*

Bien des intermédiaires existent entre l'estomac obscène de MATHIEU et le volvulus total ou subtotal de l'estomac.

A un degré extrême, la grande courbure entraînée généralement par l'ascension du côlon transverse remonte en haut et en avant de la petite courbure. Le bord supérieur de l'organe devient donc le bord antérieur, la face postérieure, sa face antérieure.

Il existe dans le volvulus, sur l'axe cardio-pylorique, deux points de torsion : l'un supérieur toujours le même, à hauteur des vaisseaux courts et du pédicule splénique; l'autre, essentiellement variable (P. DUVAL, Ch. ROUX et BÉCLÈRE).

De ce fait, on distingue le volvulus médiogastrique où le point de torsion est prépylorique, à une distance plus ou moins grande du pylore, et le volvulus sous-bulbaire, où le point de torsion est encore

plus inférieur. Cette variété de volvulus comporte naturellement l'entraînement dans la torsion du pylore et du bulbe duodénal (P. Duval, Ch. Roux et J. Béclère).

Comme le montre notre observation N° I, il peut même exister deux points de torsion inférieurs. Le volvulus constitue alors une véritable spirale.

Ces types de volvulus sont donc essentiellement variables d'un individu à l'autre et même d'un jour à l'autre chez le même individu.

Ces variations sont souvent en rapport direct avec l'aérocôlie responsable du volvulus, qui elle est également d'intensité différente suivant les facteurs qui la causent.

Selon donc, l'importance et la situation de l'image aérocôlique ou selon la cause déterminante du volvulus, on pourra observer toute une série de types de volvulus sur l'axe cardio-pylorique. Ce volvulus gastrique doit se distinguer nettement de l'estomac pseudo-biloculaire par aérocôlie ou « estomac en cascade ».

2° Les volvulus de l'estomac sur l'axe transversal.

L'estomac peut se plier sur un axe transversal à une hauteur variable, généralement situé à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de l'organe (P. Duval, Ch. Roux et J. Béclère).

L'estomac prend en somme l'aspect d'une besace,

Ce mode de volvulus gastrique est bien différent du précédent.

Au cours de cette anomalie, la moitié basse antro-pylorique se place en avant du corps de l'organe et l'antre vient se loger sous le diaphragme gauche. Il est antérieur au grand cul-de-sac.

Le pylore redescend vers le duodénum, le long du bord gauche de la colonne vertébrale.

La particularité de ce volvulus consiste en la présence de deux poches à air d'importance variable et de deux niveaux liquides de bouillie barytée visibles lorsque l'estomac est en état de réplétion.

Selon l'importance des chambres à air, de la hauteur de l'axe transversal, ce volvulus gastrique peut revêtir des aspects différents.

Il conviendra de ne pas confondre ce véritable volvulus avec l'estomac en coupe à champagne.

L'examen radiologique permet *seul* de faire le diagnostic de volvulus gastrique chronique.

Il y a intérêt, comme le font remarquer P. Duval, Ch. Roux et J. Béclère, à pratiquer plusieurs examens consécutifs.

De la sorte, on peut préciser le diagnostic en déterminant quelle forme clinique affecte l'iléus chronique de l'estomac.

Certains volvulus intermittents douloureux se caractérisent par des périodes de rémission complètes, radiologiquement parlant.

D'autres, même au cours des périodes de calme clinique, restent des volvulus chroniques latents,

alternant avec des états de volvulus subaigus dont la violence des symptômes se rapprochent tellement de ceux des volvulus aigus que certains auteurs ont pu les classer dans cette dernière catégorie.

Le grand intérêt de l'examen radiologique, pratiqué à plusieurs reprises au cours de cette affection rare, est de pouvoir contrôler les effets possibles du traitement médical. On le sait, la clinique à elle seule peut être trompeuse.

Notre observation I nous a montré, effectivement, la persistance d'une torsion médiogastrique, même en période de rémission clinique.

PATHOGÉNIE DU VOLVULUS CHRONIQUE DE L'ESTOMAC

I. Les attaches de l'estomac.

Rappel embryologique.

Pour bien comprendre la pathogénie du volvulus chronique de l'estomac, il est indispensable de faire appel en premier lieu à quelques données succinctes d'embryologie et d'anatomie de l'estomac.

La situation anatomique de l'organe est le fait de l'évolution embryologique du viscère lui-même et du péritoine.

Primitivement, l'estomac est un renflement du conduit sensiblement cylindrique qui donne ultérieurement le tube digestif.

Son grand axe est vertical, en prolongement de celui de l'œsophage.

Pour accomplir sa rotation, l'estomac doit attendre les modifications que doit subir le mésogastre postérieur, pour pouvoir effectuer son changement de position. Jusqu'à ce stade, ce dernier lui interdit, en effet, toute liberté de mouvement.

La formation d'un prolongement frontal rétrogastrique du mésogastre dorsal diminue l'épaisseur du mésogastre postérieur proprement dit et permet alors à celui-ci de favoriser les divers changements d'orientation de l'estomac.

L'estomac effectue deux mouvements à la fois. D'une part, il se met à exécuter sa rotation autour d'un axe vertical; d'autre part, il bascule dans une certaine mesure autour d'un axe antéro-postérieur. Ainsi, son extrémité supérieure se porte vers la gauche, entraînant dans ce mouvement la portion inférieure de l'œsophage.

De plus, un petit déplacement de haut en bas, vient compléter ces différentes variations de position.

A partir de ce stade, les variations anatomiques de l'organe consisteront surtout en une augmentation de volume régulièrement répartie.

Toutes ces modifications précédentes ne peuvent avoir lieu que si le mésogastre postérieur s'allonge suffisamment pour permettre ainsi à la grande courbure d'effectuer les déplacements nécessaires.

Cet allongement prend une certaine importance, car son exagération va provoquer la formation d'un repli qui débordera la grande courbure sur toute sa longueur. C'est *le grand épiploon.*

Dans son mouvement vers la droite, l'extrémité inférieur de l'estomac a entraîné avec elle l'anse duodénale.

Cette dernière effectue une rotation par laquelle l'anse et son mésoduodénum viennent s'appliquer par leur face droite sur la partie correspondante de la paroi abdominale postérieure : on comprend que le défaut d'accolement de l'anse duodénale et de son méso permette des torsions sous-bulbaires.

La rate vient se relier à l'estomac par l'*épiploon gastrosplénique.*

Une portion postéro-inférieure du péritoine vient unir le foie au bord antérieur et à la partie supérieure du duodénum : *le petit épiploon est ainsi formé.*

Au-dessus du pancréas, le feuillet postérieur du mésogastre s'unit au péritoine pariétal qui recouvre la capsule surrénale, la partie interne du rein en bas, et le diaphragme.

La conséquence de cet accolement est le rattachement de la partie supérieure de l'estomac au diaphragme par un méso extrêmement court qui va donner *le ligament phrénico-gastrique.*

Ce dernier constituera ultérieurement la plus solide attache de l'estomac. Par la suite, il se soudera également par son feuillet antérieur au feuillet viscéral de la paroi postérieure de l'estomac.

Dans cette zone, qui unit étroitement la grosse tubérosité de l'estomac au diaphragme, naîtra *le ligament suspenseur de l'estomac.*

Le duodénum pour effectuer sa rotation a dû subir un certain allongement.

Cet allongement une fois terminé, la partie de sa face postérieure, qui est située à droite de la ligne médiane, vient se souder au péritoine pariétal.

Celui-ci se prolonge directement avec le revêtement antérieur de l'anse duodénale. L'organe est ainsi accolé à la paroi par le fascia de TREITZ qui le fixe et le maintient définitivement.

L'accolement progressif du côlon et du mésocôlon ascendant à la paroi va se prolonger au-dessus d'eux sur le *mésocôlon transverse.*

Ce dernier se soude au mésoduodénum jusqu'au bord gauche de la deuxième portion du duodénum (BUY).

Au-dessous de la partie médiane du pancréas, le mésogastre postérieur vient en avant du mésocôlon et du côlon transverse et s'accole à eux : *L'épiploon gastrocôlique ou grand épiploon* est formé.

Le ligament duodénocôlique se constitue par l'union de la partie tout à fait droite de la lame postérieure du grand épiploon à la partie du feuillet antérieur du mésoduodénum qui revêt la tête du pancréas et la deuxième partie du duodénum au-dessus du bord adhérent du mésocôlon transverse.

Situation anatomique définitive de l'estomac.

En résumé, l'estomac est finalement fixé :

Au diaphragme par le ligament gastrophrénique ; au foie par le petit épiploon, grâce à l'intermédiaire

de la petite courbure; au hile de la rate, par l'épiploon gastrosplénique; au côlon transverse, par le grand épiploon, par l'entremise de la grande courbure.

Le duodénum est immobilisé ou presque par l'accolement de son mésoduodénum au péritoine pariétal.

Le côlon est relié au diaphragme par les ligaments phrénicocôliques et au duodénum par le mésogastrocôlique.

Nous avons insisté sur ces quelques données succinctes d'anatomie embryologique, car elles vont nous permettre de saisir plus aisément le rôle des facteurs anatomiques du volvulus chronique de l'estomac.

En effet, à priori, on juge bien improbable la torsion de l'estomac qui, d'après les auteurs classiques, serait solidement fixé par ses attaches ligamenteuses et ses mésos, et serait dépourvu de toute mobilité notable dans les différentes directions.

L'expérience montre, qu'en réalité, la seule attache qui mérite réellement ce nom est le ligament phrénico-gastrique, qui vient s'insérer, comme nous l'avons vu précédemment, sur la face postérieure de la grosse tubérosité au niveau d'une surface très restreinte. Lui seul gêne les déplacements de l'estomac. Ses autres attaches laissent « du jeu » à l'organe et lui permettent de se mouvoir parfois considérablement.

Selon l'expression devenue classique de TUFFIER ET JEANNE : « L'estomac n'étant vraiment fixé que sur une région très limitée de son dôme, peut se retourner de bas en haut, comme un homme attaché par les épaules, pourrait quand même lancer ses pieds en l'air. »

I. CAUSES PRÉDISPOSANTES DU VOLVULUS CHRONIQUE DE L'ESTOMAC.

Ce sont des facteurs anatomiques qui constituent les causes prédisposantes du phénomène de torsion gastrique.

Pour que puisse se créer non seulement l'amorçage du phénomène, mais aussi la torsion complète, il faut évidemment à l'estomac une mobilité tout à fait exagérée.

Un étirement accidentel des ligaments et des mésos, consécutif à une ptose très accentuée de l'estomac, à la suite d'un grand amaigrissement par exemple ou d'efforts violents fréquemment renouvelés, pourrait jouer un certain rôle.

Un état de laxité exagérée ou une anormale longueur des attaches peut exister congénitalement. Mais une ptose même très importante et des ligaments étirés ou de constitution particulièrement lâche ne suffisent pas toujours, anatomiquement parlant, à laisser se constituer un volvulus de l'estomac.

Certaines dispositions congénitales dont le rôle est

actuellement bien connu sont souvent rendues responsables de l'anormale liberté de l'estomac, et du duodénum.

C'est ainsi que le défaut d'accolement du mésogastre postérieur proprement dit au péritoine pariétal permet le mouvement du duodénum vers la gauche. On peut penser qu'un défaut congénital de ce genre soit en partie responsable de la torsion de l'antre prépylorique et du déplacement du bulbe duodénal vers la gauche, au moment des crises de volvulus subtotal que fait notre malade n° I et dont nous avons pu prendre des clichés en série. Tout au moins, cette disposition vicieuse le favoriserait-elle.

On peut également admettre l'hypothèse d'un défaut d'accolement du mésocôlon transverse au mésoduodénum favorisant la malposition du côlon transverse qui nous semble responsable du volvulus de notre malade n° II.

Quant au volvulus de l'estomac médiogastrique, sur l'axe cardio-pylorique, il semble bien que ce soit principalement la laxité exagérée, congénitale ou acquise, du mésogastrocôlique, ou son anormale longueur qui permettent la production du phénomène.

II. Cause favorisante du volvulus chronique de l'estomac.

On connait bien actuellement le rôle très important de l'aérocôlie. Brohée, de Bruxelles, y insiste

tout particulièrement à propos d'un cas de volvulus intermittent douloureux.

Les Américains Azmy et Maray prétendent même que le volvulus dans sa forme totale ne peut être produit que par une distension persistante, gazeuse, excessive, du côlon transverse.

Ils insistent, à ce sujet, sur la nécessité d'examens radiologiques répétés de l'estomac après évacuation du côlon, associés à un examen de ce dernier, pour vérifier la constance du phénomène et ses rapports avec cette aérocôlie intense.

III. Causes déterminantes du volvulus chronique de l'estomac.

C'est principalement l'ascension du côlon transverse distendu par les gaz, jusque sous la coupole diaphragmatique.

La grande courbure est entraînée à la suite du côlon transverse par l'intermédiaire du mésogastro-côlique.

Repoussée en haut et en avant, elle finit dans les cas extrêmes par prendre la place de la petite courbure.

L'estomac est ainsi tordu sur son axe cardio-pylorique. Tous les intermédiaires peuvent exister entre la position normale et cette position extrême où la face postérieure vient prendre la place de la face antérieure.

Cette ascension du transverse est, elle-même, con-

ditionnée par toute une série de facteurs assez variables.

Elle semble, à priori, sous la dépendance d'une modification de la tension abdominale secondaire à l'intensité plus ou moins accentuée de l'aérocôlie.

La stase intestinale influe dans une mesure importante sur l'intensité de la distension gazeuse du côlon.

Köhn, dans une très intéressante publication, a noté un déplacement côlique à la faveur d'une atrophie du lobe gauche du foie.

Madame Tedesco rapporte, avec L. Brodin, l'observation curieuse d'un volvulus chronique de l'estomac parfaitement bien toléré par la malade, secondaire à une éventration diaphragmatique.

Dans une seconde observation, publiée par elle-même, elle incrimine pour un cas de volvulus chronique de l'estomac, le rôle très important de l'aéroiléie dans la variation de tension abdominale, cette dernière favorisant d'après l'auteur l'ascension côlique et par suite le volvulus de l'estomac.

L'aéroiléie était, elle-même, sous la dépendance d'une sténose iléale d'origine probablement appendiculaire.

Enfin, le dolichocôlon joue un rôle de première valeur par la stase et la variation de tension abdominale qu'il peut entraîner par l'intensité de son aérocôlie.

Lebon, Loubeyre et Blondeau, d'Alger, y insistent tout particulièrement et signalent sa fréquence possible, et peut-être ignorée.

Von Friedrich, le premier, avait déjà entrevu le rôle probable du dolichocôlon dans le déterminisme du volvulus chronique de l'estomac.

Rosselet, Uaondo, Morer, le signalent également.

Il semble bien que l'on puisse expliquer ainsi la production du volvulus de notre malade n° I; toutefois, nous l'avons dit, il ne nous a pas été possible de préciser notre examen par un lavement baryté. Le volvulus gastrique, chez cette malade, peut être considéré comme un double phénomène :

Sous sa forme partielle, il consiste en un volvulus médiogastrique, chronique et latent. Il paraît sous la dépendance de l'ascension, constante, semble-t-il, du côlon transverse distendu par les gaz, sous la coupole diaphragmatique.

Les crises douloureuses, de durée variable, correspondent probablement chez elle à la production d'un volvulus total ou plus exactement subtotal, cédant plus ou moins rapidement.

Le dolichocôlon pourrait jouer un rôle primordial dans le déterminisme du volvulus double, par la stase intestinale et l'aérocôlie intense qu'il peut entraîner.

Il nous paraît bien, en effet, qu'il s'agisse vraiment d'un dolichocôlon ascendant ou transverse chez cette malade.

En dehors de la constatation radiologique de multiples boucles gazeuses faisant suite au cæco ascendant, injecté par la bouillie barytée, nous avons relevé chez notre malade le volume *considérable* (plu-

sieurs vases) des selles survenant après une période de constipation particulièrement tenace.

Comme la situation anormale du côlon et l'aérocôlie semblent à peu près identiques au cours de nos examens, nous émettons l'hypothèse suivante :

Ces deux facteurs étant susceptibles de créer le volvulus partiel de l'estomac, l'intensité du volvulus semble être sous la dépendance, tout au moins dans le cas que nous rapportons, de l'opiniâtreté de la rétention côlique et de l'exagération de l'aérocôlie qu'elle entraîne.

Pour affirmer le rôle primordial que nous voudrions attribuer à la constipation, à l'instar de LEBON, LOUBEYRE et BLONDEAU, il faudrait évidemment, celle-ci une fois définitivement réduite, que le volvulus ne s'exagère jamais plus.

Certains cas de volvulus chronique de l'estomac semblent n'être pas secondaires à l'ascension du transverse gonflé de gaz.

C'est du moins l'opinon de LEOW-BEER. Cet auteur ne pense pas, en effet, qu'il existe régulièrement un déplacement du côlon transverse.

Il invoque la participation probable au phénomène de torsion gastrique, de segments intestinaux isolés.

Enfin, tout dernièrement, PIÉCHAUD et DERVILLÉE ont présenté à la Société de Chirurgie de Bordeaux, un cas de volvulus partiel de l'estomac à

évolution indiscutablement chronique qu'ils ont suivi pendant plusieurs mois.

L'anomalie de position de l'estomac fut vérifiée opératoirement. Elle était sous la dépendance d'adhérences épiploïques tellement étendues qu'elles avaient provoqué l'attraction de la grande courbure de l'estomac. Le volvulus avait été découvert à l'occasion d'un examen radiologique.

La pathogénie du volvulus chronique de l'estomac sur son axe transversal semble assez différente de celle du volvulus sur l'axe cardio-pylorique.

D'après certains auteurs, elle nécessite la mobilité, le non-accolement et l'allongement du duodénum dans ses deuxième et troisième portions, parfois même jusqu'au pédicule mésentérique.

Il paraît vraisemblable qu'il en est ainsi chez notre malade n° II. De plus, dans ce dernier cas, nous indiquons l'importance de l'aérocôlie du transverse qui, à notre connaissance, n'avait pas été signalée dans des observations de ce dernier mode de volvulus.

Nous incriminons anatomiquement le défaut d'accolement du mésoduodénum et de la partie correspondante du mésocôlon transverse qui y est habituellement soudée. Cette disposition anormale permit, nous semble-t-il, au côlon transverse, à la faveur d'une aérocôlie notable observée à la radiographie, de passer au-dessus du duodénum jusque

sous le foie, en provoquant un changement total d'orientation des deuxième et troisième portions duodénales, et par suite, le ploiement de l'estomac sur un axe transversal.

Ce volvulus n'est d'ailleurs pas très intense, et il n'est pas étonnant que le malade l'ait bien supporté.

Ayant supprimé médicalement la presque totalité de cette aérocôlie nous avons vu céder le volvulus, au bout de trois semaines et cette détorsion persister.

Il nous paraît d'ailleurs évident que tous ces phénomènes peuvent très bien rentrer dans l'ordre d'eux-mêmes. Ainsi s'expliquent les rémissions cliniques qu'accusaient nos deux malades, avant tout essai thérapeutique.

Plusieurs auteurs, dont tout dernièrement JOLY et VINCENT, signalent la production du volvulus sur l'axe transversal après des phrénicectomies gauches, dans sa forme chronique.

Résumé et vue d'ensemble sur la pathogénie du volvulus chronique de l'estomac.

Nous nous sommes efforcés d'apporter une classification dans la variété des facteurs étiologiques du volvulus chronique de l'estomac. En réalité, il

est pratiquement difficile de séparer leurs différents modes d'action.

Il semble bien, en résumé, que le phénomène de torsion gastrique soit la résultante de toute une série de conditions réellement solidaires les unes des autres.

TRAITEMENT

I. Traitement médical.

Nous avons soumis nos deux malades à un traitement médical visant à réduire :

a) La constipation;
b) L'aérocôlie et l'aérogastrie;
c) la douleur et le spasme.

A) La constipation.

Le traitement de la constipation était plus particulièrement indispensable chez notre malade N° I.

Nous lui avons prescrit, ainsi d'ailleurs, qu'à notre second malade de l'huile de paraffine à prendre en quantité assez importante, associée ou non à du kaolin comme elle existe dans certaines préparations.

Elle favorise le glissement du bol fécal et n'a pas

l'inconvénient de provoquer de spasmes intestinaux.

Pour assurer une vacuité intestinale complète, nous donnons en plus des petites doses de sulfate de magnésie deux ou trois fois par semaine associées ou non avec de la Peptone de Witte.

b) L'aérogastrie et l'aérocôlie

A cet effet, nous recommandons la suppression des boissons au repas, la mastication lente et prolongée des aliments, l'absence de féculents et de farineux dans l'alimentation, et l'administration de charbons absorbants.

c) La douleur et le spasme.

Nous donnons, deux fois par jour, quinze gouttes d'une solution hydro-alcoolique de sulfate d'atropine, et des pansements gastro-intestinaux composés de kaolin et de sous-nitrate de bismuth à hautes doses.

Avec ces quelques prescriptions très simples, nous avons obtenu d'heureux résultats chez nos deux malades.

Lebon, Loubeyre et Blondeau avaient déjà bien mis en valeur le rôle d'un traitement visant à réduire la constipation dans la détorsion non chirurgicale du volvulus gastrique, chronique.

Leur très intéressante observation d'un malade atteint de volvulus gastrique par dolichocôlon n'avait malheureusement pu être complétée par un second examen qui leur aurait certainement permis de juger les heureux effets du traitement médical.

Pour être certains de la valeur effective du traitement médical que nous proposons, il faut évidemment pouvoir la juger avec le recul du temps.

A l'instar de l'ulcère de l'estomac ou du duodénum, le volvulus chronique de l'estomac semble une affection de longue haleine, évoluant par poussées, plus ou moins aigües, séparées par des périodes de calme qui peuvent atteindre, nous l'avons vu, plusieurs années.

Le traitement médical du volvulus chronique gastrique est en somme un essai à tenter et ses effets définitifs ne doivent être affirmés qu'après une assez longue période.

Il demande, d'autre part, à être contrôlé radiologiquement de façon assez régulière.

En résumé, si le malade reste soumis à un traitement médical docilement suivi, si les crises douloureuses ne se rapprochent pas les unes des autres, si leur intensité décroît ou même ne s'accroît pas, si, en dépit d'un léger degré de torsion de l'estomac, le transit gastrique continue à s'effectuer normalement ou à peu près, on peut éviter l'intervention chirurgicale ou tout au moins la discuter fortement.

II. Le traitement chirurgical.

C'est le traitement le plus sûr, son résultat est définitif.

L'intensité des phénomènes aigus est telle que c'est en réalité la mesure la plus prudente à adopter pour les éviter à jamais.

La détorsion chirurgicale du volvulus de l'estomac s'exécute en deux temps :

a) Premier temps.

Il consiste essentiellement dans la détorsion de l'estomac qui est l'acte fondamental et indispensable au cours des cas aigus comme au cours des cas chroniques.

Cette détorsion comprend l'incision de la paroi en premier lieu, puis la détorsion de l'estomac proprement dite.

« Le volvulus ne sera considéré comme réduit que lorsque les ramifications de la coronaire stomachique seront bien orientées. » (Tuffier et Jeanne.)

Ce premier temps opératoire a l'avantage de permettre la confirmation du diagnostic posé après examen radiologique.

b) Deuxième temps.

Ce deuxième temps consiste en une gastropexie pariétale antérieure.

Elle fixe désormais l'organe en bonne place.

Le pronostic opératoire du volvulus chronique de l'estomac est infiniment supérieur à celui du volvulus aigu.

Cependant, étant donné la bénignité des symptômes cliniques dans la plupart des cas, et la longue évolution du volvulus chronique de l'estomac, cette intervention chirurgicale est difficilement acceptée par les malades.

La question du traitement chirurgical ne saurait d'ailleurs se poser d'emblée chez nos deux sujets.

Il faut reconnaître que les crises douloureuses qu'ils présentent, l'un comme l'autre, sont tolérables.

Cependant, on peut remarquer que chez notre malade N° I, les phénomènes douloureux deviennent à chaque crise, un peu plus aigus.

L'état général reste encore peu compromis, même au moment des atteintes les plus pénibles.

L'indication de l'intervention chirurgicale devra être posée toutes les fois où, à la suite de l'échec complet du traitement médical, le sujet atteint de volvulus chronique se mettra à présenter des crises trop douloureuses et trop fréquentes, au cours desquelles son état général commencera à être fortement compromis.

CONCLUSIONS

I. Ces deux observations nous ont paru intéressantes à rapporter en premier lieu pour leur rareté.

Le volvulus chronique de l'estomac et, en particulier, le volvulus intermittent douloureux, est encore actuellement, bien que parfaitement connu, une curiosité de la pathologie gastrique.

II. Nous avons eu la possibilité d'observer la succession des phénomènes de torsion et de détorsion de l'estomac, et nous avons pu également noter, de cette manière, la concomittance des variations fonctionnelles et radiologiques.

III. Nous avons pu mettre en évidence le rôle possible de la constipation comme facteur de règlement de l'intensité du volvulus et contrôler une fois de plus l'action déterminante de l'ascension du côlon transverse et de l'aérocôlie dans la production du volvulus chronique de l'estomac.

IV. Nous avons pu vérifier également l'action effective d'un traitement médical extrêmement simple visant à réduire la constipation et l'aérocôlie, dont le principal intérêt serait de pouvoir éviter aux malades atteints de volvulus chronique de l'estomac une intervention chirurgicale.

Vu :
Le Président de la Thèse,
E. SOREL.

Vu :
Le Doyen,
E. BARDIER.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 15 Octobre 1936.
Le Recteur :
Président du Conseil de l'Université,
J. GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

AMEUILLE-ANTONELLI. — Vice de position (volvulus) de l'estomac à la suite de rétraction pulmonaire (*Arch. d. mal. de l'app. digestif*, 22, pp. 181-185, fév. 1939).

ANAGNOSTIDIS. — Volvulus de l'estomac (*Rev. de Chirur. Paris*, an. 54, n° 7, juillet 1935).

ANZILOTTI (A.). Sul volvolo gastrico (Studio patogenetico eradiologico) (*Arch. ital. di chir.*, 26, pp. 1-49, 1930).

ASCHNER. — Sur le volvulus gastrique chronique et médian (*Klin. Wochen*, n° 33, 19 août 1933).

AZMY et MARAY. — Sur le volvulus de l'estomac. Compte rendu de deux cas (*Amer. Journ. Roetgen e. Rad. Th.*, mars 1932).

BAL. — Le volvulus de l'estomac (*Deutsche Zeite. f. Chir.*, fasc. 11 et 12 du 26 mai 1933).

BARBERA (G.). Sul volvolo dello stomaco (*Policlinico (sez. prat.)*, 38, pp. 1-8, janv. 1931).

BÉRARD, DELORE, BONAFE. — A propos d'une complication rare de la phrénicectomie; occlusion par volvulus de l'estomac (*Lyon Chir.*, 29, pp. 463-466, juill.-août 1932).

Berg. — « Zwei Fälle von Achsendrehung des Magens. Operation-Heilung » (*Nordiskt Medecinskt Arkiv*, 1897, t. VIII, n° 19).

Bonafe, Poulain. — Contribution à l'étude des troubles gastriques consécutifs à la phrénicectomie; volvulus de l'estomac (*Presse Médicale*, 40, pp. 1104-1106, 13 juillet 1932).

Brohée. — Volvulus intermittent douloureux de l'estomac (*Arch. Franco-Belge Chirur.*, XXXIII, 1931-1932, n° 5, mai 1932).

— Le volvulus douloureux intermittent de l'estomac (*Presse Médicale*, n° 97, 3 déc. 1932, LVI[e] Cong. de l'Association Franç. pour l'avancement des Sc., sect. d'électroradiologie, Bruxelles, 25-30 juillet 1933).

Caporale (L.). — Torsione isolata cronica del colon trasverso con rotazione dello stomaco (*Boll. e mem. Soc. piemontese di chir.*, 2, pp. 183-193, 6 fév. 1932).

Ciocea. — Volvulus intermittent de l'estomac (*Attie Memorie della Societa Lombarda di Cirigia*, n° 4, 3 mars 1933).

Cottet (Pierre). — Notes sur le volvulus de l'estomac (*Thèse, Paris*, 1927).

Dumitrescu (D.) et C. Dumitrescu. — Contribution à l'étude du volvulus de l'estomac (*Spitalu*, t. 55, n° 2, p. 69, fév. 1935).

Duperie, Dervillée, Dubarry et Roux. — Sur un cas de volvulus chronique de l'estomac (*Soc. de méd. et de Chir. de Bordeaux*, séance du 5 juillet 1934, in : *J. de Méd. de Bordeaux*, 20 novembre 1934).

Eisenklam. — Sur un cas de volvulus gastrique avec ictère par occlusion (*Klin. Wochens.*, an. XIII, p. 58, n° 2, 15 janv. 1932).

FANUCCI. — Un cas de volvulus intermittent de l'estomac (*Il Policlinico* (*sezione chirurg., Rome*), an. XXXIX, n° 1, 15 janv. 1932).

FRIEDRICH (L. V.). — Chronic Volvulus of stomach (*Deutsche zeitsch. f. chir.*, 198, pp. 185-189, 1926).

GALLAORT, MORER et PINOS. — Un caso de volvulo gastrico cronico ,*Rev. Med. de Barcelona*, 1926).

GEDANOVITSCH. — Sur un cas de volvulus de l'estomac provoqué par la torsion de la rate déplacée (*Annales de Chir. Vestnik. Chirourgun*, n° 100, 1934, in : *Journ. de chir.*, septembre 1935).

GROEN, LINDEBOOM. — Volvulus de l'estomac (*Nederl. Tigds. Geneesk.*, n° 48, 24 nov. 1934).

HEDLUND (J. A.). — « Mageniléus, Volvulus und Inkarceration » (*Nordiskt Medecinskt Arkiv.*, 1911, t. XLIV (Chirurgie), n° 9).

KOHN. — Volvulus chronique de l'estomac (*Mitt. a. d. Grenz geb ed. u. chir.*, t. XLI, 1929).

KOSTLIVY (S.). — Problem of chronic volvulus of stomach (*Bratisl lekar listy*, sept. 1929).

KRYMHOLZ. — Volvulus de l'estomac (*Chirourguia*, 1911, t. XXIX, p. 409).

LOEW-BEER. — Du volvulus gastrique chronique (*Roentgenpraxis*, juin 1932, pp. 377-383).

LEBON, LOUBEYRE et BLONDEAU. — Volvulus intermittent de l'estomac chez un malade atteint de dolichocôlon (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1933).

LENORMANT. — Le volvulus de l'estomac (*Presse Médicale*, n° 39, mai 1912, pp. 417-418).

MATTHAES. — La résorption gastrique dans l'iléus (*Arch. f. Klin.* fasc. 3, 5-7-33).

MEYER. — Iléus gastrique dû à des causes mécaniques (*Surgery, Gynec. and Obst.*, t. LIII, n° 6, décembre 1931, p. 742).

MORER (F.). — El volvulo gastrico (*Revue Med. de Barcelone*, 13, pp. 291-317, avril 1931).

MORRISSON (W. A.). — Torsion and volvulus of stomach (*Surg. Gynec. and Obst.*, 52, pp. 871-874, avril 1931).

MUCCHI, RAGNOTI. — Volvulus récidivant de l'estomac (*Atti e Mem. del. Soc. Lomb. di Chir.*, 4 janvier 1935).

MUCCHI (L.). — Volvulus à répétition dé l'estomac (*Attie Mémoria della societa Lombardia di chirurgia*, n° 1, s. du 4 janvier 1935, in *Journ. de Chri.*, août 1935).

OPPOIZER. — Volvulus aigu total de l'estomac (*Zentr. f. Chri.*, 16 février 1935, in *Journ. de Chri.*, septembre 1935).

PAYER. — Volvulus ventriculi und die Achsendrehung des Magens (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chrirugie*, 1909, t. XX, p. 686).

PIÉCHAUD, DERVILLÉE et DUTRECY. — A propos d'un cas de volvulus chronique partiel de l'estomac (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, février-mars 1935).

RAVENS. — Traitement opératoire de l'iléus mécanique (*Deutsche Zeitchr. f. Chir.*, fasc. II, 15 novembre 1933).

ROUX. — Etude radiologique du volvulus de l'estomac (*Arch. électr. médicale*, nov. 1924).

— Etude radiologique du volvulus de l'estomac (*Thèse de Bordeaux*, 1934-1935).

ROUX (Ch.), P. DUVAL et J. BÉCLÈRE. — Etude radiologique du volvulus de l'estomac (*Thèse de Bordeaux*, 1934-1935).

ROMITI. — Contribute alla conoscenza del volvolo idiopatico cronico dello stomaco (*Bull. d. sc. med. de Bolobhaa* 1935, III).

SHDANOVITSCH. — Un cas de volvulus gastrique produit par une rate anormalement située et tordue trois fois sur son axe (*Vestnik. Chirourgun*, n° 100, 1934).

TEDESCO (M^me^). — Volvulus gastrique intermittent par aérliiléie (*Soc. de Gastro-entérologie de Paris*, S. du 14 mai 1934).

TEDESCO (M^me^) et L. BRODIN. — Association chez une grande hypertendue d'une éventration diaphragmatique, d'un volvulus chronique de l'estomac et d'une diverticulose du côlon descendant (*Soc. de Pad. Med. de France*, 12 mars 1935).

TUFFIER et JEANNE. — Le volvulus de l'estomac (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* 1912, t. XVIII, p. 27).

VON FRIEDRICH (L.). — Ein Fall von Chronsichen Magen und Duodenal volvulus (*Arch. f. Verdaunskr*, 41, déc. 1927).

ZINNY. — Volvulus de l'estomac sur son axe longitudinal (*La Prensa medica argentina* (Junesi 815, Buenos-Aires) an. XVIII, n° 27, 29 fév. 1932).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION. 11

I. Définition du volvulus chronique de l'estomac. 11

II. Historique. 12

III. Intérêt du diagnostic. 14

OBSERVATIONS PERSONNELLES. 17

Synthèse clinique et radiologique du volvulus chronique de l'estomac. 49

I. Les signes cliniques. 49

II. Les signes radiologiques. 53

Pathogénie du volvulus chronique de l'estomac 59

I. Les attaches de l'estomac. 59

TRAITEMENT. 73

I. Traitement médical. 73

II. Traitement chirurgical. 76

CONCLUSIONS. 79

BIBLIOGRAPHIE. 81